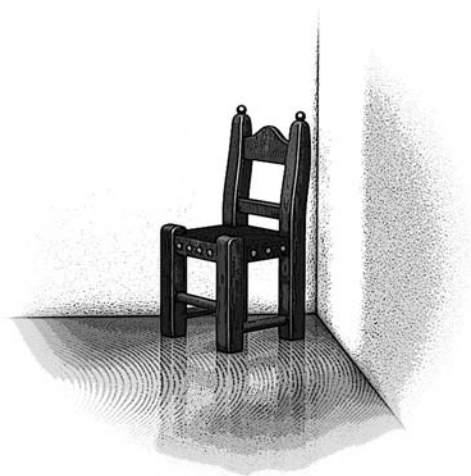


Jose Luis de la Cuesta Arzamendi (ed.)

el **M**altrato de personas mayores

DETECCIÓN Y PREVENCIÓN
DESDE UN PRISMA CRIMINOLÓGICO INTERDISCIPLINAR



Hurkoa Fundazioa

Instituto Vasco de Criminología
Kriminologiaren Euskal Institutua

EL MALTRATO DE PERSONAS MAYORES
DESDE UN PRISMA
CRIMINOLÓGICO INTERDISCIPLINAR:
ALGUNAS CONCLUSIONES
PROVISIONALES

• JOSÉ LUIS DE LA CUESTA ARZAMENDI
Director del Instituto Vasco de Criminología
Presidente de Hurkoa Fundazioa
Presidente de la Asociación Internacional
de Derecho Penal

Nadie duda ya de que el maltrato a los ancianos es una realidad universal, presente tanto en el mundo desarrollado como en los países en desarrollo, que afecta a un importante número de personas y que requiere una inmediata acción preventiva y una eficaz intervención social. En este sentido, y con gran retraso respecto de otras modalidades de maltrato familiar (cuyo interés científico no se remonta, en cualquier caso, más allá de veinte años), comienzan a desarrollarse estudios e investigaciones dirigidos al análisis y profundización del maltrato de los mayores, con objeto de desentrañar esta realidad y permitir su adecuada intervención y abordaje social.

De las ponencias y contribuciones científicas que progresivamente van viendo la luz se derivan múltiples conclusiones provisionales, no sólo sectoriales, y de perfiles y características muy variadas. Desde una perspectiva interdisciplinar y general, y, muy en especial, a partir de los trabajos publicados en el presente volumen, merecen destacarse las siguientes:

Necesidad de adopción de una terminología y tipología comunes

Desde el prisma fenomenológico, a partir de la Declaración de Toronto de 2002 suele describirse el maltrato de personas mayores como la acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y que produzca daño o angustia a una persona anciana. Esta descripción básica se completa en, ocasiones, con lo aportado por otras definiciones (como la de Almería, 1996), a través de la inclusión de referencias a la edad de la persona maltratada (mayor de 65 años) o a los elementos en que ha de concretarse el daño percibido por la víctima o constatado objetivamente: integridad física, sexual y económica, principio de autonomía o un derecho fundamental de la persona mayor. También suele resaltarse la escasa importancia que, a efectos definitorios, ha de atribuirse a la intencionalidad y al medio en que se produce.

El maltrato de mayores -que se da, por lo general, en un entorno bien familiar o institucional- abarca así una pluralidad de situaciones de maltrato físico, psicológico o emocional, sexual, de abuso o explotación económica¹ e influencias indebidas², e incluye todo tipo de negligencias (activas o pasivas)³, situaciones de abandono⁴ o hasta de autoabandono⁵ que, intencional o imprudentemente (pero no de forma accidental), acaban produciendo daños o sufrimientos a los mayores.

Múltiples son las clasificaciones propuestas. Dejando al margen la cuestión del entorno del maltrato, suele distinguirse sustancialmente entre el maltrato de tipo

¹ Utilización inadecuada, por parte de terceros —y sin consentimiento (o con consentimiento viciado) del mayor— de los fondos, posesiones, propiedades y/o bienes de éste, no en beneficio del mayor, sino en beneficio de un tercero o terceros.

² En la que el aislamiento y la dependencia del anciano se aprovechan para manipularle emocionalmente —mediante amenazas más o menos explícitas, presión o aprovechando el miedo de la persona mayor a sufrir pérdidas si no accede- y lograr su aquiescencia para un acto o negocio que le perjudica y que, de no haberse dado esa influencia indebida, el mayor nunca lo habría permitido.

³ No proporcionar a la persona mayor aquellos elementos que constituyen sus necesidades básicas: alimentos, higiene o vestido cuidados de la salud, confort y seguridad, afectividad y requerimientos sociales o financieros.

⁴ Distanciamiento físico por parte del cuidador, que implica la inatención.

⁵ La persona mayor, que no es competente, realiza conductas que amenazan su seguridad o su integridad psicofísica, o rechaza medidas que velan por su salud, cuidado o seguridad.

físico y psíquico, y el maltrato de tipo activo y pasivo, sin que muchas veces coincidan ni la terminología ni las realidades aludidas en cada caso. También se mencionan como fenómenos estrechamente relacionados con los anteriores y potencialmente generadores de daño: el ageísmo (discriminación por razón de la edad), la pobreza, la enfermedad física y el deterioro cognitivo; así como el aislamiento (y hasta victimización) derivado(s) de su mayor propensión a los sentimientos de inseguridad y miedo a ser víctima de delito.

Ante tanta diversidad, urge, por ello, la adopción de un lenguaje común y sobre las diferentes tipologías del maltrato, que permita una clara delimitación conceptual de cada una de las modalidades del mismo. La experiencia habida en otras áreas de la violencia familiar pone, en efecto, de manifiesto que esto es un presupuesto insoslayable para asegurar el mejor aprovechamiento (de cara a la prevención e intervención) de los estudios e investigaciones que sobre la realidad y extensión del maltrato, así como sobre su etiología, han de promoverse decididamente tanto a nivel regional, como estatal e internacional, pues, sin duda alguna, también las diferencias culturales influyen en los resultados.

Profundización en la realidad del maltrato de mayores y su incidencia

Conocida es la resistencia entre la población y hasta entre los profesionales al reconocimiento de las situaciones de violencia familiar, que obedece a seculares y complejas razones de carácter cultural y ha llevado a justificar no pocos supuestos de maltrato producidos en el ámbito familiar o doméstico, o a valorarlos como algo extraordinario y anormal. Los estudios realizados a partir del último cuarto del siglo XX insisten, sin embargo, en que el maltrato en el ámbito familiar, doméstico e institucional es una realidad propia de la vida cotidiana, difícilmente justificable y que se produce en múltiples direcciones: en la pareja, hacia los hijos, desde los hijos hacia los padres, especialmente si mayores o ancianos...

Ahora bien, frente a lo sucedido con otras formas de violencia familiar, un universo de elementos culturales y psicológicos específicos -que tienen mucho que ver con el trato y relación con los mayores, y entre éstos y las personas de las que dependen- ha hecho perdurar el cruel anonimato social y político padecido por el maltrato a personas mayores: sólo recientemente ha comenzado a alcanzar cierta repercusión mediática y social; lejos, en todo caso, de la que suscita la violencia doméstica o familiar contra los menores y/o, sobre todo, contra la mujer, en la

actualidad. En este sentido, todavía no se dispone de datos suficientes sobre incidencia y prevalencia⁶.

Poca eficacia cabe esperarse de cualquier acción preventiva o intervención social que no parta del conocimiento de la realidad del maltrato y de su incidencia. Es éste, con todo, un conocimiento difícil, no sólo por los problemas de conceptualización y delimitación ya referidos –y que se encuentran presentes en la mayor parte de los conflictos de carácter interpersonal-, sino igualmente por las propias dificultades que el ámbito domiciliario presenta para el acceso al conocimiento de lo sucedido y para la actuación de la justicia; unas dificultades que se ven agravadas por la casi imposible denuncia de los hechos por parte de víctimas incapaces, de posibilidades de comunicación nulas (o muy limitadas) o globalmente dependientes del agresor. Lo anterior resulta particularmente agudo en los supuestos de maltrato no físico, como el maltrato psicológico, que abarca desde las agresiones verbales, amenaza, intimidación, humillación, descalificación y denigración hasta el aislamiento o la incomunicación (se le atiende, pero no se le habla), pasando por la infantilización; carente éste de las manifestaciones físicas objetivas propias de otras modalidades de maltrato, sus síntomas pueden aparecer mezclados con el correspondiente deterioro cognitivo asociado a una determinada patología psíquica...

Parece, pues, absolutamente necesario promover, diseñar y aplicar estudios e investigaciones de carácter epidemiológico no sólo de carácter genérico, sino sobre todo focalizados por tipologías y cualitativos, intensamente apoyados en entrevistas realizadas a los propios ancianos, a sus familiares y a sus cuidadores, y respetuosos, en general, de los criterios de rigurosidad y precisión acuñados respecto de cualquier patología con complejos componentes biopsicosociales, como es el caso. Estos estudios e investigaciones permitirán desarrollar teorías explicativas o modelos etiológicos más consistentes que las actualmente en boga, las más de las veces basadas principalmente en el sentido común y no tanto sobre modelos construidos a partir de la evidencia empírica.

Atención a prestar al maltrato en el ámbito institucional

Particularmente indicada es, en este plano, la atención a prestar al maltrato que se produce en el ámbito institucional. Menos estudiado que el maltrato en el entor-

⁶ Según M.T. Bazo que el porcentaje de personas mayores maltratadas en la realidad vasca oscila entre el 4 y el 6%, si bien menos del 1% da el paso de denunciar a sus agresores. *Noticias de Gipuzkoa*, 7 diciembre 2005, p.6.

no familiar, sus manifestaciones principales (aunque no exclusivas) vienen a ser el no suministro adecuado de medicamentos, mantener condiciones ambientales no apropiadas, pronunciar comentarios inadecuados o hirientes, no permitir la intimidad (higiene, sexo, soledad...), aplicar restricciones físicas y de salidas, no tener en cuenta las barreras arquitectónicas, no proporcionar lecturas, distracciones, actividades... Haciendo abstracción de posibles acciones individuales de maltrato físico (el grave, más bien muy excepcional), psicológico y de negligencia, los supuestos más frecuentes se engloban, por ello, en el cuidado inadecuado. Este se presenta en ocasiones como consecuencia de un auténtico abuso institucional, a través de prácticas autoritarias y normas abusivas (sobre-medicación y sedación, negar a residentes decisiones relativas a la alimentación, levantarse o acostarse, o ejercer presión sobre los residentes para participar en actividades...), que se traducen en actitudes no respetuosas de la autonomía de los sujetos en la institución y en pérdida de la individualidad (despersonalización), infantilización, poca o nula intimidad y victimización.

Se trata en todo caso de supuestos no siempre fáciles de delimitar: de un lado, por el choque hasta cierto punto natural entre las necesidades de libertad individual y las exigencias organizativas y de optimización de los recursos humanos y materiales, dirigidas a garantizar el funcionamiento de la institución y la satisfacción de las necesidades colectivas; de otra parte, es conocida la dificultad de definición precisa del nivel de cuidado indicado y justo para los internos en centros o residencias.

Avanzar en el análisis etiológico de los diversos tipos de maltrato

Estudiosos e investigadores deberían volcarse en el análisis de las causas del maltrato. Existe todavía cierta confusión en cuanto al peso etiológico de la vulnerabilidad del anciano, que se ve agravada por la situación de riesgo, o de las características del maltratador, en particular, su dependencia de la víctima. En efecto, si inicialmente se tendía a insistir en la importancia de la vulnerabilidad del anciano (que, al parecer, se agrava fuertemente a partir del cumplimiento de los 80 años), en la actualidad el maltrato a las personas mayores suele analizarse más como un problema de cuidado, en particular, de cuidado familiar. Se asume, con todo, que en cada tipología de maltrato el peso de los diferentes factores etiológicos se presenta de manera diversa, de aquí que probablemente desde el prisma preventivo y de la intervención las perspectivas más útiles sean las mixtas: hay que tener presente, además, que no pocas personas maltratadas sufren más de un tipo de maltrato simultáneamente.

En cualquier caso, por lo que respecta a la vulnerabilidad de las víctimas —prototípicamente, mujeres viudas, mayores de 75 años, impedidas física o mentalmente por una enfermedad crónica que las hace dependientes; aisladas socialmente y carentes de roles que desempeñar—, estudios altamente valorados en el plano internacional indican que las víctimas de abuso físico y psicológico suelen presentar más problemas de carácter emocional que de carácter físico y suelen vivir con el maltratador, el cual no pocas veces depende económicamente de ellas. Las víctimas de negligencia son generalmente muy ancianas y discapacitadas mental y físicamente, con poco apoyo social; las víctimas de abuso económico o material tienden a no ser casadas y a mantener relaciones sociales limitadas. Las personas dependientes en ciertas actividades de la vida cotidiana suelen ser víctimas de negligencia física o psicológica, pero las personas autónomas para vestirse, alimentarse o con movilidad se encuentran más representadas en los supuestos de maltrato psicoafectivo y abuso material que las dependientes. También el hecho de ser mujer presenta mayor incidencia en el maltrato psicoafectivo y el abuso material que ciertos tipos de dependencia física. Por fin, mientras que el riesgo de sufrir violencia física es mayor cuando se vive con otras personas, el riesgo de sufrir abuso económico es mayor entre quienes viven solas.

Los estudios e investigaciones se refieren asimismo al perfil del maltratador, sin dejar de insistir en la mayor importancia del escenario en el que se produce el maltrato y de la relación interpersonal del maltratador con la persona mayor. En general, la mayoría de los actos agresivos son llevados a cabo por sujetos que no presentan patología, pero, al igual que sucede en otros supuestos de violencia familiar, también en este ámbito es hasta cierto punto frecuente la incidencia sobre los maltratadores de episodios de malos tratos (precisamente hasta por parte de aquellos a quienes ahora les corresponde cuidar), así como historias de alcoholismo y/o enfermedad mental. Esto se da, también, junto con los problemas económicos, en casos de abuso económico o material; por el contrario, entre los maltratadores negligentes el estrés del cuidador parece pesar más.

La figura del cuidador —en España, mujeres (83%), entre 45 y 65 años, casadas, amas de casa, con hijos a su cargo y que conviven de forma permanente con la persona mayor, a la que cuidan sin ayuda— presenta aquí un especial interés. Cuidar de una persona mayor puede ser muy gratificante, pero igualmente es agotador, físicamente y emocionalmente, y la complejidad de relaciones afectivas y emocionales que se establecen muy alta. Los estudios realizados ponen de relieve que, muy mayoritariamente, el maltratador doméstico o familiar es alguien que lleva más de 10 años cuidando de la persona mayor (en el 10% de los casos lleva más de 20

años) y que convive con la víctima (75%), caracterizándose la relación previa por una escasa comunicación o ausencia de afectividad; en casi la mitad de los casos el cuidador maltratador presenta cierta dependencia respecto a la persona maltratada, a cuyo cargo corre la vivienda o el sustento económico.

Especial tratamiento del síndrome del cuidador

Hace tiempo que se conoce la relación con el maltrato del llamado síndrome del cuidador, aun cuando todavía deba profundizarse más en el peso de los diversos factores intervinientes.

El síndrome del cuidador se identifica con una situación de estrés en la interacción con la persona mayor dependiente que supera los mecanismos adaptativos del cuidador, muchas veces sometido a una alta tensión moral y nivel de renuncia personal, y sin apoyo efectivo por parte del entorno. Es ésta una mezcla de ingredientes por sí misma ya peligrosa y que se ve especialmente agravada en supuestos de bajo control emocional y autoestima, así como de menor tolerancia a la tensión y a la frustración derivada de la mayor vulnerabilidad psicofísica de quien se ve sometido a una sobrecarga, muy en particular si presenta una enfermedad psíquica o en casos de personalidad depresiva o ansiosa. En el marco de un proceso de distanciamiento y cosificación de la persona mayor (la “causa”), el cuidador asume así su tarea como algo exclusivamente obligado, desprovisto del elemento de relación humana, lo que le permite reducir su sufrimiento, pero facilita la aparición del maltrato.

El hecho de que el cuidador sea un profesional no elimina la aparición del síndrome del cuidador. Tampoco para un profesional es tarea fácil cuidar a mayores dependientes, particularmente si se trata de dependencias irreversibles o en fase terminal. Las presiones a las que se somete a los profesionales pueden llevar al malhumor, frustraciones, impotencia... que, si bien no deberían justificarlo, pueden aumentar el riesgo de trato o de cuidado inadecuado. Esto es más frecuente, en el marco institucional y por lo que se refiere al maltrato físico, entre personal auxiliar, de 25 a 35 años, con escasa motivación y preparación y pobreza de recursos para hacer frente a su labor; por su parte, en relación con el maltrato psicológico, parece mayor la importancia de déficits culturales, que llevan a posiciones de falso paternalismo exagerado del cuidador sobre la persona mayor, a quien se ve como alguien que va a morir, alguien al que hay que hacérselo todo o como un niño al que hay que reeducar, lo que pretendidamente justificaría la aplicación de medidas o respuestas restrictivas y hasta de corte disciplinario.

Frente a la alta relevancia de las relaciones interpersonales entre maltratador y maltratado en el caso del maltrato de mayores producido en el ámbito familiar, en el maltrato institucional los estudios, sin desvirtuar el peso de los rasgos y circunstancias de los trabajadores (como los conflictos personales, déficits de habilidades sociales y de manejo del estrés o de situaciones de crisis, falta de motivación suficiente o de empatía, problemas con el envejecimiento, deficiente autocontrol y limitada autocrítica), destacan la importancia de elementos ajenos a la relación interpersonal mayor-maltratador: aspectos estructurales, contractuales, laborales, profesionales e institucionales. En ámbitos como el cuidado o atención a otras personas -que requieren tanta motivación, empatía y capacidad de entrega- la combinación desfavorable de estos elementos llega a generar cuadros de gran insatisfacción, frustración y malestar personal y profesional (“síndrome del quemado”: burn-out). Estos cuadros se distinguen ya con nitidez de la mera depresión, la fatiga psicológica o el estrés laboral y -caracterizados por el agotamiento, la despersonalización y endurecimiento emocional, así como por la pérdida de confianza en la relación personal y la presencia de un autoconcepto negativo como efecto (muchas veces inadvertido) de la ausencia de reconocimiento-, resultan especialmente abonados para la aparición de conductas negligentes y de cuidado inadecuado hacia las personas atendidas, que acaban traducándose en una grave afectación de su dignidad y de sus derechos.

“Romper el silencio” y prevención a todos los niveles

Cualquier acción preventiva y de intervención necesita partir del más preciso conocimiento de las características del fenómeno y de sus diversas formas de manifestación y tipologías (al igual que las de sus protagonistas) y tratar de cubrir los diversos factores de riesgo, los cuales frecuentemente se encuentran en una compleja y dinámica interacción bio-psico-social, económica y cultural.

Dado el extendido anonimato en que ha vivido el maltrato de las personas mayores, la multiplicación de las campañas de sensibilización con el fin de “romper el silencio”, debería constituir el primer paso tanto en la agenda de tareas de prevención como con objeto de poner fin a (o cuanto menos atenuar) esa otra forma de violencia social hacia los ancianos consistente en la violencia de la indiferencia, en el mirar hacia otro lado, que genera una fuerte victimización y contribuye a negar radicalmente el derecho a una vejez serena.

En realidad, son tres los niveles de prevención que generalmente se distinguen: la prevención primaria, la prevención secundaria y la prevención terciaria.

• **La prevención primaria** parte de la asunción de que el riesgo de abuso o maltrato afecta a todas las personas mayores, de aquí que haya que esforzarse por procurar el buen trato de las personas mayores. Esto pasa necesariamente por las campañas de sensibilización orientadas a la población en general y basadas en la promoción de valores de respeto y comprensión hacia los mayores y de una completa información sobre lo que supone el proceso de envejecimiento a nivel psicológico y físico. También es preciso trabajar por la revalorización social de la figura del cuidador, su formación sanitaria y en general, y hasta por el fomento de una mayor profesionalización en el sector. A ello cabe añadir el refuerzo de la autonomía personal de las personas mayores (dependientes o no), que deben ser asimismo formadas y educadas en relación con el maltrato, su prevención y las ayudas disponibles. En el plano profesional, la adopción de modelos de calidad y de mejora continua, que permitan la medición y evaluación de la actividad por medio de marcadores e indicadores, así como, en las instituciones, la implantación de sistemas de vigilancia e inspección eficaces, con criterios homogéneos de control, constituyen igualmente valiosas estrategias de prevención primaria.

• **La prevención secundaria** se centra en los factores específicos de riesgo ya identificados, lanzando acciones dirigidas a prevenir la victimización en aquellos individuos o por parte de quienes presentan un alto riesgo. Los proyectos de prevención secundaria incluyen sistemas de telealarma, ayuda a domicilio, grupos de apoyo a las personas mayores en riesgo y a la actividad de los cuidadores, programas formativos y educativos. También los programas de prevención del síndrome del cuidador, tanto en el marco institucional como en el familiar. Se trata de “cuidar al cuidador”, algo tan importante como poner filtros para la detección de los mayores maltratados por parte de los servicios sanitarios y sociales de base: facilitando a los familiares encargados de asistir a una persona entrada en edad los medios y el apoyo necesarios para aprender a asumir una situación de dependencia que suele prolongarse durante años e incluso décadas y no caer en el recurso a la violencia como vía de escape a la sensación de impotencia que sienten en muchas ocasiones, prestando el asesoramiento externo y la ayuda técnica y el apoyo especializado precisos con carácter puntual y, en general, para facilitar la vida diaria en los hogares donde vive un anciano, asegurando períodos de respiro o de descanso en fin de semana, vacaciones y en momentos de dificultad o de sobrecarga por parte de alguno de los cuidadores, abriendo nuevos centros de día... Conviene destacar en este punto la inestimable labor que, en el apoyo a las familias, pueden cumplir (y, de hecho, ya cumplen) los grupos asociativos, al favorecer que se compartan las dificultades y se busquen soluciones

desde dentro.

- **La prevención terciaria** presupone la producción ya de un supuesto particular de maltrato; a través de diversas intervenciones (programas de educación familiar, terapia familiar, servicios de apoyo a la familia y, en su caso, la intervención legal), busca evitar nuevos comportamientos similares.

Establecimiento de sistemas formales estandarizados de identificación y detección

Como múltiples estudios realizados ponen de manifiesto⁷, el éxito de la acción preventiva, cuando existe, es limitado y siguen siendo muchos los casos de maltrato. Ahora bien, detectar los casos particulares de maltrato muchas veces no resulta sencillo. El respeto de la privacidad e intimidad del sistema familiar o el temor a sembrar la desconfianza sobre las instituciones sociales dedicadas al cuidado de los mayores se erigen frecuentemente en muros difíciles de franquear a la hora de la indagación de la realidad de lo ocurrido. De otra parte, la elocuencia de los síntomas o indicios de maltrato se presenta a veces enturbiada, de cara a su detección, por los efectos de las enfermedades crónicas que puede sufrir el anciano. Así, en el maltrato físico, ordinariamente el más fácil de detectar, los rastros o indicios pueden aparecer solapados y mezclados con características dermatológicas y corporales del anciano, que puede hacer confundir señales de maltrato con otras alteraciones. Por su parte, los síntomas del maltrato psicológico pueden verse mezclados con los cambios que acompañan a ciertas enfermedades y son no pocas veces de difícil discriminación con episodios o procesos psicopatológicos derivados de un posible deterioro cognitivo.

En cualquier caso, los estudios e investigaciones van aportando cada vez más información de gran interés desde el prisma de la detección: así, por ejemplo, resultan ya acuñados como síntomas de sospecha de negligencia, la presencia de pro-

⁷ Así, respecto del marco institucional, donde se insiste en una menor incidencia del maltrato que en el entorno familiar, suelen reiterarse citas como la del estudio realizado en los EEUU en el que el 36% del personal de enfermería y general declaró haber asistido, al menos, a un incidente de violencia física ejercida por otros miembros del personal en el curso del último año, y un 10% reconoció haber cometido por sí mismo al menos un acto de violencia física... estas cifras se elevaban al 81% de presencia y al 40% de comisión de al menos un acto en el caso de la violencia psicológica. También en Alemania una investigación realizada entre 160 empleadas en residencia de ancianos dio como resultado que el 68% había cometido, al menos, una acción abusiva contra algún residente en el año anterior; un 70% había sido testigo de acciones de abuso o de negligencia.

blemas de salud e higiene reiterados e inexplicables (escaras, deshidratación, malnutrición, etc.), el uso de ropa inadecuada (para el contexto o las condiciones físicas), la falta de solicitud de recursos, accesibles con mayor o menor facilidad y que determina la evidente inatención de problemas solubles, la sobremedicación, el incumplimiento de las prescripciones o la insuficiente supervisión del personal sanitario, la ubicación de la persona mayor en un medio deteriorado (suciedad, falta de agua o calefacción, electrodomésticos estropeados, ausencia de útiles imprescindibles)... En cuanto al abandono y el autoabandono, se indica que suelen dar lugar a signos físicos y ambientales similares a los descritos para la negligencia, siendo la respuesta de la persona mayor, desde el punto de vista psíquico, de tipo inhibitorio (aislamiento, anergia, apatía, depresión, inhibición motriz, etc.).

Un adecuado abordaje del fenómeno del maltrato en modo alguno parece posible sin el establecimiento y aplicación de sistemas formales estandarizados para la identificación y detección del maltrato a los ancianos, tarea en la que la posición de los trabajadores sociales y de los profesionales de salud de atención primaria resulta cardinal. En esta línea, y con carácter general, la Asociación Médica Americana propugna el interrogatorio sistemático (esto es, incluso si no existen síntomas o signos de abuso o violencia) de los pacientes mayores por parte de los profesionales que les atiendan, de modo que se permita valorar la posible existencia de violencia en el seno familiar y, en su caso, proceder a un examen más exhaustivo y detallado.

Pero los esfuerzos más intensos se dirigen en muchos países a la elaboración de protocolos de detección sistemática del maltrato. Ciertamente, no es lo mismo detectar un supuesto de maltrato físico o psicológico, que otros tipos de abusos, como el maltrato material o económico, donde se requiere la intervención de profesionales distintos. Se consideran, con todo, componentes principales de un protocolo de esta suerte: la historia clínica y valoración geriátrica (incluido el grado de dependencia funcional y el deterioro cognitivo), la observación del comportamiento del cuidador, la evaluación del aspecto general del anciano –acompañada por una exploración física y psíquica exhaustivas-, la valoración de los recursos económicos y sociales y la realización de todas aquellas exploraciones complementarias que procedan.

Diagnosticar un supuesto de maltrato es, en todo caso, una tarea muy delicada y comprometida, que excede de la labor asistencial, extendiéndose hacia la investigación social. En este proceso asume un rol esencial la especial agudeza del personal sanitario de cara a la captación no sólo de los datos físicos, sino también de los indicadores sugestivos procedentes del comportamiento del anciano y/o del cuida-

dor; piénsese, a título de ejemplo, en la valoración del maltrato psicológico, que requiere observar las actitudes y relaciones existentes, el lenguaje empleado, las actitudes negativas y menospreciativas hacia la víctima, la falta de contacto humano positivo o calidez, la alienación emocional o física...

También la prudencia ha de considerarse de especial importancia: la intervención se entromete en la dinámica familiar y/o institucional y puede generar, como consecuencia, la institucionalización del anciano (incluso contra su voluntad) o, de fracasar, hasta una agravación de los elementos negativos circundantes al maltrato.

Intervención coordinada de los distintos servicios e instituciones

Detectado el maltrato procede la intervención dirigida a poner fin al mismo, reducir en la medida de lo posible sus efectos y evitar su repetición.

Toda intervención debe partir del análisis y comprensión de la situación y del problema planteado, lo que requerirá un conocimiento directo de la persona en su medio, el contacto con el médico, los servicios sociales, la familia, las demás personas del entorno... A la vista de la situación procederá, en general, la denuncia al Ministerio fiscal para que se adopten las medidas legales oportunas para la protección de los intereses del mayor (vgr. la defensa judicial, como paso previo para la tutela, si se trata de un incapaz), la gestión de recursos socio-asistenciales dirigidos a atender y proteger adecuadamente al mayor, sacándolo incluso con urgencia de su entorno, si es lo que procede, y el establecimiento de sistemas de apoyo a los cuidadores directos y a las demás personas que rodean al mayor, dirigidos a evitar situaciones de sobrecarga y estrés. Dependiendo de cada tipología de maltrato, la intervención anterior se completará con las medidas específicas que correspondan, p.e. para mejorar la relación en casos de abusos psicológicos, garantizar la adecuada atención (médica, hospitalaria, patrimonial, doméstica...) de las víctimas de negligencia o en estado de autoabandono, o la protección patrimonial por vía judicial y registral, si se está ante un supuesto de abuso económico...

Al igual que en otros ámbitos, igualmente aquí la complejidad del fenómeno impide su abordaje y resolución desde una única instancia y con la mayor frecuencia se precisa la intervención judicial, de los servicios sociales, sanitarios... La coordinación y colaboración de los distintos servicios e instituciones implicados resulta por ello fundamental. Esto es algo que se ve muy favorecido cuando se dispone de los correspondientes protocolos acordados en los que se establecen con claridad las respuestas adecuadas a cada situación, el modo de su aplicación y puesta en prác-

tica y la entidad o nivel responsable de su adopción y ejecución en cada caso.

El papel de la sanción penal

Posición destacada en el plano de la intervención legal respecto de los maltratadores ostenta la vía penal.

Múltiples son, en efecto, las figuras delictivas aplicables a las distintas modalidades de comportamiento maltratador penalmente relevante: dejar de prestar asistencia o auxilio a persona de avanzada edad o discapacitada que se encuentre desvalida y dependa de sus cuidados (art. 619 CP); no socorrer a persona que se encuentra desamparada y en peligro manifiesto y grave (art. 195); dejar de prestar la asistencia necesaria legalmente establecida para el sustento de descendientes, ascendientes o cónyuge que se hallen necesitados o a los sometidos a la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento (art. 226); abandonar a un menor o incapaz por quien está encargado de su guarda (art.229,1); infligir a otro un trato degradante, menoscabando gravemente su integridad moral (art. 173,1); causar a otro por cualquier medio o procedimiento una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental (art.147); lesionar golpear o maltratar (art. 153), ejercer habitualmente violencia física o psíquica sobre determinadas personas pertenecientes al ámbito familiar o que, debido a su especial vulnerabilidad, se encuentran sometidos a custodia o guarda en centros públicos o privados (art. 173,2); además, ahí están las figuras delictivas de homicidio, agresiones, sexuales, amenazas, coacciones, injurias, abusos patrimoniales... Estos comportamientos delictivos son, en su mayor parte, perseguibles de oficio, esto es, a partir de la mera información de los hechos llegada a la policía, la fiscalía o el tribunal. Esto es algo de particular relevancia, a la vista de las dificultades que presenta la denuncia de los hechos por parte de unas víctimas muchas veces incapaces, de posibilidades de comunicación nulas o muy limitadas o globalmente dependientes del agresor; unas víctimas cuya queja, de darse, sólo se manifiesta indirectamente: a través de la depresión, regresión global, agitación, fugas, rechazo de la ingesta, mayor frecuentación de las consultas...

Ahora bien, la experiencia procedente de otras áreas de la violencia familiar pone claramente de manifiesto que no es por la vía penal de donde cabe esperar soluciones eficaces, ni desde el prisma victimológico ni de la prevención terciaria. Desde múltiples posiciones se propugna, por ello, la restricción del recurso al Derecho penal tradicional a los casos más graves y la apertura, en los de menor gravedad, de vías alternativas de solución en la línea de la justicia restaurativa. Esta, a través de la aplicación de mecanismos de regulación de conflictos (como la media-

ción), sin dejar de proclamar de manera formal el rechazo social suscitado por los hechos, busca no agravar el aislamiento social de los afectados y se afana por lograr, de manera simultánea, la resocialización del infractor, la más completa reparación (material y psicológica) de la víctima y su asistencia, así como el restablecimiento de la paz social.

Un abordaje legislativo integral

Para terminar, en el plano legislativo conviene aprender de la experiencia habida en otros ámbitos, como es el caso de la llamada violencia de género, acerca de la necesidad de instrumentación de políticas integrales, que contemplen a la tercera edad y a la vejez en su globalidad somática, psicológica, social y, sobre todo, humana: plasmadas, por ello, en programas, planes y, en particular, en leyes, todos ellos inspirados en la pluralidad y transdisciplinariedad.

Objeto central de un texto legal de carácter integral habría de ser la fijación y consagración al más alto nivel legislativo tanto de los derechos y libertades de la persona mayor dependiente —en particular, derecho a la igualdad ante la ley, derecho a la vida, salud e integridad personal (física y moral), derecho a la libertad (y, en particular, a la autonomía personal y autodeterminación frente al tratamiento), derecho al honor, a la intimidad personal y a la propia imagen, derecho a la libertad de residencia, derecho a recibir información veraz, derecho a la participación activa, derecho a la tutela judicial efectiva, derecho a la atención, protección y asistencia adecuadas a su nivel de capacidad y dependencia...—, como de los principios, criterios de actuación y metas de las diferentes intervenciones públicas. Particular atención habrían de merecer, entre ellas, las intervenciones relativas al maltrato: para su prevención a través de medidas de sensibilización y de cambio cultural (favorecedoras, en particular, de la solidaridad intergeneracional y del desprecio de la violencia), así como, respecto de cada supuesto o categoría, las dirigidas al establecimiento de sistemas adecuados de detección e intervención preventivas y de protección y seguridad, incidiendo especialmente en los ámbitos más propicios.

Una regulación integral de esta suerte debería igualmente ocuparse de la intervención concerniente a las manifestaciones delictivas en que se concreta el maltrato y al tratamiento de los maltratadores, en un marco de promoción de la cultura de la mediación y de las formas de justicia reparadora, y, como es obvio, sin renunciar al instrumento penal en los supuestos de fracaso reiterado o más graves.

Por último, habría de completarse con la creación y el refuerzo legislativo de las correspondientes estructuras e instancias administrativas especializadas, estableci-

das al mayor nivel, que se responsabilicen de la implementación de los principios y criterios legales -desarrollados a través de los oportunos planes y programas-, asegurando la provisión e intervención coordinada de los necesarios servicios (sanitarios, sociales, legales, policiales, etc.) e intervenciones públicas (de las diversas administraciones) y privadas en este ámbito, al igual que las importantes dotaciones presupuestarias de los consiguientes y permanentes recursos que se precisan para garantizar una financiación suficiente, estable y sostenible.